

Neysla ólöglegra vímuefna á meðgöngu

Nemar í ljósmóðurfræði eiga nú orðið fastan sess í Ljósmaðrablaðinu þar sem birtar eru greinar sem unnar eru upp úr verkefnum þeirra í náminu. Á hverju hausti byrjar nýr hópur í námi og er fyrsta námskeiðið þeirra Inngangur að ljósmóðurfræði. Í því námskeiði er lagður grunnur að ljósmóðurfræðum með hjálfun í faglegum og gagnrýnum vinnubrögðum. Áður hefur birst í blaðinu fæðingarsaga unnin í því námskeiði, þar sem dreginn var lærdómur af reynslusögu konu en í þetta sinn er greinin byggð á fræðilegri ritgerð sem nemendur vinna einnig í námskeiðinu. Markmiðið með ritgerðarsmíð í upphafi náms er fyrst og fremst að hjálfa nemendum í fræðilegum vinnubrögðum og gagnrýni í lestri heimilda. Nemarnir velja sjálfir um hvað þeir skrifa í ritgerðinni, það getur verið viðfangsefni sem þeir hafa sérstakan áhuga á eða einhverjar spurningar sem kviknað hafa í upphafi náms í ljósmóðurfræði.

Umfjöllunarefni þessarar ritgerðar er vímuefnaneysla kvenna á meðgöngu. Vímuefnaneysla er vaxandi vandamál í vestrænu samfélagi og það er staðreynd að hluti vímuefnaneytenda eru konur á barneignaraldri. Umönnun þessara kvenna í barneignarferlinu er krefjandi og mikilvægt að vel sé að verki staðið því oft eru flókin vandamál í bakgrunni þeirra. Í þessari ritgerð er skyggst inn í heim sem e.t.v. er mörgum lítt kunnur en greinin verður ljósmæðrum vonandi til stuðnings við umönnun barnshafandi kvenna sem eiga við vímuefnavanda að stríða. Allt miðar þetta að því að auka velferð móður og barns.

Valgerður Lísu Sigurðardóttir, stundakennari í ljósmóðurfræði við HÍ.

Inngangur

Þessi fræðilega samantekt er unnin í tengslum við námskeiðið Inngangur að ljósmóðurfræði og er umfjöllunarefnið neysla barnshafandi kvenna á ólöglegum vímuefnum. Ástæða fyrir efnisvali



Sigrún Rósa Vilhjálmsdóttir,
ljósmóðurnemi
á 1. ári við Háskóla Íslands

er áhugi á að afla frekari vitneskju um vímuefnaneyslu á meðgöngu, hver raunveruleg skaðsemi vímuefna er og einnig að komast að því hvað ljósmæður sem annast konur í vímuefnavanda þurfi að hafa í huga og hvernig þær geti tekið á vandanum á sem árangursríkastan hátt. Leitað var svara við tveimur spurningum; sú fyrri er hverjar eru afleiðingar vímuefnaneyslu á meðgöngu og sú síðari er hvert hlutverk ljósmæðra er í barneignarferli þegar ólöglegra vímuefna er neytt. Fjallað er um vímuefnavandann og afleiðingar hans, ekki aðeins fyrir barnið heldur móðurina líka. Síðan er fjallað um þá þætti er snúa að umönnun ljósmæðra og hvernig þær geti stuðlað að bættri heilsu og líðan móður og barns.

Heimildir voru að mestu sóttar í gagnasafnið Scopus og kennslubækur í ljósmóðurfræði.

Nokkrar staðreyndir um vímuefnavandann

Neysla ólöglegra vímuefna er vandamál sem hefur farið sívaxandi og er nú orðið nokkuð umfangsmikið jafnt á Íslandi sem annars staðar. Aukningin er mest meðal yngra fólks og er það stærsti hópur neytenda. Ekki er vitað hversu algeng vímuefnaneysla þungaðra kvenna er hér á landi en til að fá

einhverja mynd af vímuefnavandanum í heild var aflað upplýsinga úr ársriti SÁÁ 2005-2006. Þar kemur m.a. fram að frá árinu 1996 hefur fjöldi þeirra sem eru með fíkn í ólögleg vímuefni vaxið jafnt og þétt og voru þeir rétt tæpur helmingur (48,6%) innlagðra sjúklinga árið 2005 eða um það bil 800 manns. Kannabisefni eru algengust og í kjölfar notkunar þeirra fylgir oft neysla örvandi efna (amfetamíns, E taflna og kókaíns). Dagleg neysla kannabisefna vex stöðugt meðal ungs fólks og hefur aldrei verið meiri en nú. Neysla örvandi efna hefur einnig aukist, svo og neysla svonefnds læknadóps (morfínskyldra lyfja, Ritalíns o.fl.), sprautufíklum hefur fjölgað og áfengisneysla aukist. Flestir hafa fleiri en eina vímuefnagreiningu í senn og vandi neytenda hefur vaxið, bæði meðal kvenna og karla. Hlutfall kvenna af innlögðum sjúklingum á Vog árið 2005 var um þriðjungur og fjöldi þeirra 505, þar af voru 344 á aldrinum 14 til 44 ára, eða um 68% og meðalaldurinn um 35½ ár. 35% kvennanna voru á bilinu 14 til 24 ára. Þessar tölur sýna að meirihluti kvenna sem leitaði vímuefnameðferðar á Vog árið 2005 er á barneignaraldri og eru hlutföllin svipuð frá ári til árs en fjöldinn eykst jafnt og þétt.

Erlendar tölur um tíðni vímuefnanotkunar þungaðra kvenna eru mismunandi. Samkvæmt viðamikilli bandarískri könnun viðurkenndi 5,5% þungaðra kvenna að hafa neytt ólöglegra vímuefna á meðgöngu. Sú tala er álitin vanmetin því konur forðist að viðurkenna neysluna vegna ótta við fordæmingu sem fylgir eiturfyljaneyslu á meðgöngu (Huestis og Choo, 2002). Í annarri bandarískri könnun frá árunum 2002 og 2003 játaði 4,3% þungaðra kvenna að hafa neytt ólöglegra vímuefna undanfarinn mánuð og var neyslan mest meðal kvenna á aldrinum 15 til 25 ára (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005). Mismunandi rannsóknir leiða til mismunandi niðurstaðna og ræðst það m.a. af því hvar rannsóknin er gerð

og hvort konurnar viðurkenna sjálfar neysluna eða hvort hún kemur í ljós við þvagskimun. Eiturlyfjaneysla er mismikil eftir löndum og landshlutum, hún er almennt meiri í þéttbýli en dreifbýli og er oft tengd ákveðnum borgarhlutum. Þannig sýndu niðurstöður rannsóknaðar sem gerð var í suðurhluta London að 16% þungðra kvenna voru í neyslu, samkvæmt þvagskimun á fyrri hluta meðgöngu (Sherwood, Keating, Kavvadia, Greenough og Peters, 1999). Erfitt er að fá nákvæmar upplýsingar um umfang vandamálsins vegna þess að í mörgum tilfellum segja konurnar ekki frá neyslunni og ef sú leið væri farin að láta allar konur í meðgönguvernd skila þvagprufu í eiturefnaleit yrði það til þess að þær mættu síður þangað, auk þess sem fæst efnanna mælast í þvagi lengur en einn sólarhring eftir að þeirra er neytt. Þessi aðferð myndi því ekki gefa nógu áreiðanlega mynd af fjölda neytenda (Sherwood o.fl., 1999).

Afleiðingar vímuefnaneyslu á meðgöngu

Margar rannsóknir hafa verið gerðar á afleiðingum vímuefnaneyslu þungaðra kvenna og eru niðurstöður samhljóða, vímuefnaneysla er skaðleg heilsu bæði móður og barns og á það jafnt við um lögleg efni og ólögleg. En hver er raunveruleg skaðsemi ólöglegra vímuefna?

Þegar þunguð kona neytir vímuefna er meðganginn skilgreindur sem áhættu-meðganginn (Craig, 2001; Gilbert, 2007; Hepburn, 2004). Samkvæmt heimildum er tvennt sem öll efni eiga sameiginlegt en þau virðast valda aukinni hættu á fæðingu fyrir tímann og lágrí fæðingarþyngd miðað við meðgöngulengd. Aðrir þættir eru að nokkru leyti taldir ráðast af því hvers konar efna hafi verið neytt, í hve miklum mæli og á hvaða hluta meðgöngu. Að auki hafa margir aðrir þættir áhrif á útkomu meðgöngu og fæðingar, til dæmis næringarástand og allur aðbúnaður konunnar. Greenough og Kassim (2005) tala um að neysla í upphafi meðgöngu geti haft skaðleg áhrif á þróun fósturvísisins og það geti orsakað fósturlát snemma á meðgöngu og neysla á seinni hluta fyrsta þriðjungs geti leitt til meðfæddra galla eða vanskapana. Lífeðlifraðileg áhrif fíkniefna eru mismunandi eftir tegundum og afleiðingarnar því ekki alltaf þær sömu.

Kannabisefni (hass/marijuana)

Þetta er mest notaða ólöglega vímuefnið

á Íslandi og víðar í heiminum. Í rannsókn Sherwood o.fl. (1999) sem gerð var á þunguðum konum í London voru 85% jákvæðra eiturefnaprófa jákvæð fyrir kannabisefnum. Virku efnið í kannabis eru fituleysanleg og lengi að brotna niður og skiljast út úr líkamanum, þau er hægt að greina með þvagskimun í allt að 30 daga eftir neyslu, hversu lengi þau finnast fer þó eftir hve mikil neyslan hefur verið. Þessi efni hafa letjandi áhrif á hormónaframleiðslu og draga um leið úr frjósemi, bæði kvenna og karla. Þau fara yfir fylgju og rannsóknir hafa sýnt að þau draga úr vexti fósturs og sýnt hefur verið fram á lægri fæðingarþyngd um að meðaltali 400 gr. Þau eru einnig talin stytta meðgöngulengd um allt að tvær vikur að meðaltali (Gilbert, 2007; Huestis og Choo, 2002; Kennare, Heard og Chan, 2005; Sherwood o.fl., 1999). Kannabis eykur magn kolmónoxíðs í blóði fimmfalt meira en tóbak, sem veldur því að súrefnisflutningur til fóstursins skerðist. Kannabisneysla er einnig talin auka hættu á fylgjulosi. Auk þess er talið að megi rekja atferlis- og hegðunarraskanir svo sem einbeitingarskort og hvatvísi hjá börnum til kannabisneyslu móður á meðgöngu (Gilbert, 2007).

Amfetamín

Er örvandi efni og hefur neysla þess farið vaxandi hér á landi síðastliðin 10 ár eða svo (SÁÁ, 2006). Eitt af lífeðlisfræðilegum áhrifum þess á líkamann er æðasamdráttur og er hann talinn eiga þátt í aukinni tíðni fósturláta, fæðingu fyrir tímann, fylgjulosi og vaxtarskerðingu fóstursins vegna skerts blóðflæðis um fylgju. Einnig hafa gallar eða frávik í taugakerfi verið talin orsakast af amfetamínneyslu á meðgöngu, til dæmis meðfædd heilablæðing, drep, myndun holrúma og vaxtarskerðing heila, aukin tíðni floga hjá nýburum og vöggudaði (Gilbert, 2007; Huestis og Choo, 2002). Auk þessara þátta er talað um atferlis- og hegðunarraskanir hjá barninu þegar það stækkar. Áhrif amfetamínneyslu hafa lítið verið rannsakaðar og er það fyrst og fremst vegna þess að sjaldnast er um að ræða neyslu þess eingöngu, heldur er það oftast notað ásamt öðrum efnum.

Kókaín

Er örvandi efni eins og amfetamín en neysla þess er útbreiddari í heiminum og afleiðingar þess því þekktari. Það er til í tvenns konar formi, duft og kristall-

ar -svokallað krakk, sem er miklu sterkara en duftið og eru afleiðingar þess því mun alvarlegri (Craig, 2001). Neysla kókaíns hefur aukist talsvert hér á landi hin síðari ár og þá í duftformi, krakk er nánast óþekkt hér (SÁÁ, 2006).

Afleiðingar kókaínneyslu á meðgöngu hafa verið rannsakaðar töluvert og eru taldar hafa ýmis skaðleg áhrif á fóstur og útkomu meðgöngu. Líkt og amfetamín veldur kókaín æðasamdrætti og háum blóðþrýstingi og þar með minni súrefnis- og næringarefnaflutningi til fóstursins. Kókaín veldur einnig æðasamdrætti hjá fósturunni, háþrýstingi og hröðum hjartslætti. Það er talið valda samdrætti í leginu og þar með auka hættu á fósturláti og fæðingu fyrir tímann. Aðrar afleiðingar eru aukin tíðni utanlegspungana, rof á belgjum fyrir tímann og legvatnsleki í kjölfarið og fylgjulosi. Fjölmörg önnur atriði eru nefnd, s.s. áhrif á heila- og taugakerfi fóstursins; heilablæðing og drep í heila, vaxtarskerðing heila sem leiðir til minnk- aðs höfuðummáls. Aðrir þættir eru vaxtarseinkun, vanskapanir á t.d. þvagfærum, meltingarfærum og hjarta. Einnig er vöggudaði tíðari, svo og atferlis- og hegðunarraskanir hjá barninu síðar meir (Craig, 2001; Gilbert, 2007; Huestis og Choo, 2002). Gilbert (2007) talar einnig um að kókaínneysla föður skömmu fyrir getnað auki líkur á afbrigðileika hjá barninu.

Óþíöt

Hér er einkum um að ræða morfín og heróín og eru það hinir svonefndu sprautufíklar sem nota þessi efni en það eru venjulega þeir einstaklingar sem eru lengst leiddir í neyslunni og orðnir mjög veikir af fíkn. Neysla heróíns er talsvert útbreidd í Evrópu en nánast óþekkt á Íslandi. Þau efni sem sprautufíklar nota hér eru aðallega amfetamín, kókaín og morfín, sem er þá oftast Contalgintöflur sem búið er að leysa upp (SÁÁ, 2006). Þessi efni eru mjög skaðleg fyrir fósturið og eru mörg atriði sem rannsakendur telja afleiðingar neyslu þeirra, það eru t.d. fósturlát, fylgjulosi, rof á belgjum fyrir tímann, vaxtarskerðing fósturs og lág fæðingarþyngd, meðgöngueitrun, fósturdaði, nýburadaði og vöggudaði, blæðing eftir fæðingu, öndunar-erfiðleikar hjá nýburanum og fráhvarfs-einkenni ef móðirin er enn í neyslu við fæðingu, einnig er talað um skaða á miðtaugakerfi, vitræna skerðingu og hegðunarvandamál (Craig, 2001; Gilbert, 2007). Fósturunni getur verið hætta búin

vegna fráhvarfa ef móðirin hættir neyslu skyndilega og líkur á fósturláti aukast ef það gerist á fyrsta þriðjungi meðgöngu eða fyrirburafæðingu á síðasta þriðjungi hennar. Þetta er talið stafa af því að í fráhvörfunum verða krampar eða samdrættir í sléttum vöðvum sem þýðir að samdrættir verða einnig í leginu, sem geta í sumum tilfellum komið fæðingunni af stað fyrir tímann (Craig, 2001; Hepburn, 2004). Þess vegna er mikilvægt að neyslan sé tröppuð niður smám saman og móðirin fái góða fráhvarfsmeðferð. Venjan hefur verið að skipta ópíötum út fyrir Methadone, en á seinni árum hefur lyfið Buprenorphine (Subutex, Suboxone) einnig verið mikið notað. Þessi lyf eru einungis gefin undir eftirliti heilbrigðisstarfsfólks og er tilgangurinn sá að stuðla að því að neytandinn neyti síður annarra vímuefna samtímis og fái stuðning og aðhald frá fagfólki þannig að neyslan sé í föstum skorðum (Hepburn, 2004; SÁÁ, 2006). Methadone tilheyrir flokki ópíata og við notkun þess er í raun ekki verið að hætta neyslu heldur freista þess að koma henni ákveðinn farveg og draga úr henni smátt og smátt. Ef neyslu þess er hætt skyndilega koma fram fráhvarfseinkenni líkt og eftir neyslu annara ópíata.

Rannsakendum ber saman um að erfitt sé að rannsaka og segja til um með öruggum hætti hverjar eru afleiðingar hvers efnis fyrir sig, því í flestum tilfellum er um að ræða neyslu fleiri efna í senn. Auk þess sem mikill meirhluti neytenda reykir og/eða drekkur áfengi samhliða neyslu ólöglegu efnanna (Craig, 2001; Huestis og Choo, 2002).

Aðrar afleiðingar

Vímuefnaneyslu fylgir einnig áhættu- hegðun af ýmsu tagi og oft eru kringumstæður vímuefnaneytenda og heilsufar mjög bágborið. Félagslegar aðstæður eru yfirleitt slæmar, þetta eru konur sem búa við atvinnuleysi, lélegan fjárhag og jafnvel fátækt. Þær hafa í sumum tilfellum ekki fasta búsetu, eru einstæðar og oft kornungar. Algenzt er að næríngarástand þeirra sé slæmt og tíðni geðraskana er há. Rannsókn Kennare o.fl. (2005) sýndi að 10,3% þungaðra kvenna sem voru í neyslu voru greindar með geðraskanir af einhverju tagi, samanborið við 1,4% þeirra sem ekki voru í neyslu. Þær eru í aukinni áhættu að verða fyrir ofbeldi, bæði kynferðis- og/eða heimilisofbeldi. Meiri hætta er á sýkingum, einkum meðal sprautufíkla, svo sem HIV, lifrabólgu B og C, auk

bakteríusýkinga í kjölfar sprautugjafa. Einnig eru kynsjúkdómar algengir hjá þessum konum (Craig, 2001; Kennare o.fl., 2005).

Með fjölmörgum rannsóknum hefur verið sýnt fram á að börn kvenna sem neyta fíkniefna á meðgöngu þarfnast oft sjúkrahúsdvalar í einhvern tíma eftir fæðingu. Í rannsókn Kennare o.fl. (2005) kom í ljós að legutími þessara barna var að jafnaði um helmingi lengri en annarra barna og þau voru þrisvar sinnum líklegri til að þurfa að dveljast á sjúkrahúsi í allt að fjórar vikur eftir fæðingu. Einnig er algenzt að þau þurfi á sérhæfðri nýburagjörgæslu að halda, einkum fyrirburar og þau sem þurfa eftirlit og meðferð vegna fráhvarfseinkenna. Sú aukna þjónusta sem heilbrigðiskerfið þarf að veita vegna þessa vanda hefur í för með sér mikinn kostnað fyrir þjóðfélagið, að ógleymdum þeim kostnaði sem kemur til vegna annara þátta sem tengjast vímuefnaneyslu.

Hlutverk ljósmæðra

Notkun vímuefna er algeng hér á Íslandi og má ætla að hún sé mun meiri en við gerum okkur almennt grein fyrir. Í gegnum tíðina hefur verið dregin upp ákveðin staðalímynd af fíkniefnaneytendum, þeir eiga að skera sig úr fjöldanum hvað varðar útlit og atferli. Reyndin er sú að þeir sem eru í neyslu bera það ekki endilega með sér og þeir sem falla inn í þessa staðalímynd eru ekki endilega fíklar. Það er því afar mikilvægt að starfsfólk heilsugæslu og mæðraverndar geti greint þær konur sem eru í neyslu og hafi í huga að útlitið er ekki áreiðanlegur mælikvarði og vímuefnaneysla tilheyrir öllum stéttum þjóðfélagsins.

Hlutverk ljósmæðra á meðgöngu

Wright og Walker (2007) tala um að meðgönguvernd hafi ekki verið í takt við þessa þjóðfélagspröun og því hafi þjónustan ekki tekið mið af vandanum. Til þess að svo geti orðið er nauðsynlegt að ljósmæður hafi þekkingu á vímuefnum og einkennum neyslu, hverjir eru áhættuþættir og samverkandi þættir. Eitt af því sem einkennir konur í neyslu er að þær mæta seint í meðgönguvernd og leita í sumum tilfellum ekki til heilbrigðiskerfisins fyrr en þær koma til að fæða (Hepburn, 2004; Wright og Walker, 2007). Meginástæðan fyrir því að þær koma seint eða ekki í mæðravernd er að þær hafa sektarkennd vegna neyslunnar og óttast að mæta fjandsamlegum viðbrögðum og fordómum vegna

hennar hjá heilbrigðisstarfsfólki. Það er því afar mikilvægt að tekið sé á móti þessum konum með opnum huga og að forðast sé að dæma þær. Þess í stað finni þær stuðning og að þeim sé sýnd virðing og velvild. Það hefur einnig jákvæð áhrif ef þær finna að heilbrigðisstarfsfólk hefur þekkingu á vímuefnavanda (Hepburn, 2004; Wright og Walker, 2007). Kennare o.fl. (2005) nefna að meðgöngan sé tími umbreytinga og þá séu konur tilbúnar til að gera breytingar á lífi sínu til hins betra og móttækilegar fyrir utanaðkomandi íhlutun. Ef samskipti þeirra við fagfólk eru byggð á virðingu og trausti eru þær líklegri til að ljóstra upp viðkvæmum upplýsingum. Þannig skapast grundvöllur fyrir árangursríkri samvinnu. Eitt af hlutverkum ljósmæðra í meðgönguvernd er því að finna út hverjar þessar konur eru og bregðast við á viðeigandi hátt. Þetta er krefjandi viðfangsefni og miklu máli skiptir að vel takist til því mikið er í húfi.

Sé þvag ekki skimað hjá barnshafandi konum með tilliti til vímuefna gegnir upplýsingasöfnun lykilhlutverki (Wright og Walker, 2007). Fá þarf upplýsingar um almennt heilsufar og aðstæður konunnar, eins og venja er, en einnig þarf að fá skýra mynd af neyslusögu hennar. Hönnuð hafa verið mæli- eða hjálpartæki í þeim tilgangi og má til dæmis nefna „The 4P's Plus©“ (Chasnoff o.fl., 2005). Þéin fjögur standa fyrir parents, partner, past og pregnancy og er spurt er um áfengis- og lyfjaneyslu foreldra, maka og konunnar sjálftrar. Þessi spurningalisti er stuttur, hnitmiðaður og samkvæmt Chasnoff o.fl. (2005) gefur hann nokkuð áreiðanlegar vísbendingar um hvort ástæða sé til að fara betur ofan í kjölinn á hugsanlegum vímuefnavanda.

Hjá konum sem eiga neyslusögu að baki en eru ekki í neyslu þegar þær byrja í meðgönguvernd þarf að vera vakandi fyrir þeim möguleika að þær falli einhverntíma á meðgöngunni og fylgjast vel með þeim með tilliti til þess. Ef konan er enn í neyslu er forgangsverkefni að fá hana til að hætta og fara í meðferð. Ef maki er einnig í neyslu er mikilvægt að hann hætti líka, því neysla hans eykur líkur á að konan falli (Hepburn, 2004).

Í bandarískri rannsókn sem gerð var á útkomu barna kvenna sem voru í vímuefnameðferð reiddi af við fæðingu kom í ljós að sjúkdóms- og dánartíðni barnanna lækkaði verulega, samanborið við börn kvenna sem fóru ekki í með-

ferð. Þeir þættir sem voru rannsakaðir voru nýburadauði, fyrirburafæðingar og fæðingarþyngd. Útkoma kvennanna í meðferðinni var ekki einungis marktækt betri en hjá konum sem ekki fóru í meðferð, heldur líka betri en hjá konum almennt í Bandaríkjunum (Burgdorf, Dowell, Chen, Roberts og Herrell, 2004). Samkvæmt þessu er til mikils að vinna og ætti að leggja áherslu á að konur sem neyta vímuefna á meðgöngu fari í meðferð. Hlutverk ljósmæðra er að hvetja konurnar og hlutast til um að þær leiti sér meðferðar. Einnig er æskilegt að ljósmóðir komi að slíku meðferðarstarfi, til dæmis með fræðslu og leiðbeiningum um heilsueflingu. Áriðandi er að konur fái góða fræðslu um þá áhættu sem fylgir vímuefnaneyslu á meðgöngu, bæði varðandi barnið og áhrif á meðgönguna sjálfa og útkomu hennar þannig að þær séu meðvitaðar um hvað er nákvæmlega í húfi. Þær þurfa að fá góðan stuðning til þess að hætta eða draga úr neyslunni og aðstoð til að leita sér viðeigandi hjálpar. Mikilvægt er að fræða um heilsusamlega lifnaðarhætti, til dæmis varðandi mataræði, hreyfingu, svefn og fleira í þeim dúr, eftir því sem þörf er á hverju sinni (Craig, 2001). Einnig er mikilvægt að þær fái fræðslu um frjósemi og getnaðarvarnir á meðgöngunni þannig að þær séu í stakk búnar að taka upplýsta ákvörðun um val á getnaðarvörn eftir fæðinguna (Hepburn, 2004).

Nauðsynlegt er að athuga líkamlegt heilsufar vel. Skima ætti fyrir HIV og lifrabólgu, og einnig athuga hvort konan sé smituð af öðrum kynsjúkdómum. Ef konur hafa fengið lifrabólgu þarf að fylgjast með starfsemi lifrarinnar á meðgöngu. Hjá þeim konum sem hafa verið eða eru sprautufíklar þarf að fá vitneskju um hvort þær hafi fengið blóðtappa eða hafi sögu um hjartabólgu (endocarditis), þetta er hvoru tveggja afleiðing þess að sprauta sig og þarfnast sérstaks eftirlits og meðferðar á meðgöngu.

Til viðbótar slæmu heilsufari og áhættusömu lífni bætast oft við ýmis félagsleg vandamál, t.d. tengd atvinnu, fjárhag, búsetu og fleiru. Nauðsynlegt er að þverfaglegt teymi komi að málinu til að tryggja sem besta þjónustu og góðan árangur. Auk ljósmóður ætti að vera fæðingalæknir í teyminu því meðgangan er skilgreind sem áhættumeðganga (Hepburn, 2004). Þar ætti að vera barnalæknir, félagsráðgjafi til að annast og leiðbeina um mál sem lúta að félags-

legri velferð og úrræðum. Einnig vímuefnaráðgjafi eða fagaðili með þekkingu á vímuefnameðferð (Wright og Walker, 2007). Æskilegt er að hafa sálfræðing eða geðlæknir í teyminu, eða greiðan aðgang að þjónustu þeirra því oft eru til staðar vandamál af sálrænum eða andlegum toga. Ef um er að ræða vandamál sem falla undir önnur svið en hér eru nefnd ætti að sjálfsögðu að leita til viðeigandi fagaðila til að leysa úr þeim. Hlutverk ljósmæðra í meðgönguvernd er stórt þegar mál sem þessi eiga í hlut. Auk þess að sjá um hefðbundið eftirlit með meðgöngunni sjálfri ættu þær að vera sá aðili sem heldur utan um og sér um að samræma aðgerðir. Ekki er nóg að þessar konur fái góðan stuðning á meðgöngu heldur þarf að vera búið að koma málum þeirra í þann farveg að stuðningur haldi áfram eftir fæðinguna til að tryggja sem bestan árangur. Vegna þess hve um er að ræða viðkvæmt mál og hætta á að konurnar nýti sér ekki þjónustu meðgönguverndar er samfelldni í þjónustu bæði ljósmæðra og annarra fagaðila sem að málum koma afar mikilvæg, einkum með tilliti til þess hversu miklu máli skiptir að skapa traust og skilning milli kvennanna og þeirra sem sinna þeim.

Hlutverk ljósmæðra í fæðingu

Þrátt fyrir hærri tíðni fyrirburafæðinga og styttri meðgöngu eru flestar þessara kvenna komnar á tíma þegar þær fæða. Vegna þess að um er að ræða áhættumeðgöngu er mælt með að fæðingin fari fram á sjúkrahúsi (Hepburn, 2004). Sýna þarf sérstaka árvekni varðandi barnið, einkum undir lok fæðingarinnar (Wright og Walker, 2007). Sú fæðingastofnun þar sem konan fæðir þarf að vera undir það búin að sinna konum með fíkn til að geta annast þær á fullnægjandi hátt. Starfsfólk verður að vita hvað þarf að hafa í huga og hvað ber að varast, eða að minnsta kosti að til séu aðgengilegar leiðbeiningar eða verklagsreglur. Varðandi verkjameðferð í fæðingu er ýmislegt sem hafa þarf í huga, einkum í sambandi við lyfjagjafir. Verkjameðferð getur verið vandmeðfarin því fíkn í sum vímuefni er frábending frá notkun ákveðinna verkjalyfja, t.d. ópíata. Oft þurfa þessar konur stærri skammta en venjulega eru gefnir vegna mikils lyfjapóls. Ef þörf er fyrir stóra skammta af verkjalyfjum er mænurótardeyfing talin góður kostur og sama er að segja um glaðloft. Í mörgum tilfellum er æskilegt að hafa samráð við

svæfingalækni um verkjameðferð, bæði varðandi hvaða lyf er óhætt að gefa og skammtastærðir (Wright og Walker, 2007).

Einnig þarf að hafa í huga möguleikann á smiti, einkum lifrabólgu og HIV og meta hugsanlega áhættu út frá bakgrunni konunnar (Wright og Walker, 2007).

Hlutverk ljósmæðra eftir fæðingu

Eftir fæðinguna er mikilvægt að vera vakandi fyrir fráhvarfseinkennum hjá bæði móður og barni. Fráhvörf geta valdið móðurinni svo mikilli vanlíðan að hún eigi í erfiðleikum með að annast barnið. Hún þarf á viðeigandi lyfjameðferð halda meðan hún kemst yfir þetta tímabil sem getur staðið yfir í nokkra sólarhringa. Fráhvörf geta líka komið fram hjá barninu og er mikilvægt að þeir sem annast barnið fyrstu sólarhringana þekki þessi einkenni og séu vakandi fyrir þeim, jafnvel þó ekki sé vitað til þess að móðirin hafi verið í neyslu því stundum tekst konum að halda neyslunni leyndri alla meðgönguna. Ef grunur er um fráhvarfseinkenni er hægt að greina hvort svo sé með því að rannsaka hár barnsins og fyrstu hægðirnar (meconium), er það talin áreiðanlegasta greiningin (Huestis og Choo, 2002). Ýmsum einkennum hefur verið lýst og eru það til dæmis hár og skerandi grátur, óeðlilega sterk taugaviðbrögð, óróleiki, óeðlilega mikil vöðvaspenna, vöðvakippir, krampar, geispar, hnerrar, nasavængjablakt og hröð öndun, mikil sogþörf en barninu gengur illa að nærast, kröftug uppköst og vatnskenndur niðurgangur (Greenough og Kassim, 2005). Hve lengi fráhvarfseinkennin vara ræðst af því hvers konar efna móðirin neytti en þau hafa mislangan helmingunartíma. Mestu skiptir þó að barnið fái strax viðeigandi meðferð við fráhvörfunum og ef þau eru slæm gæti þurft að veita þá meðferð á nýburagjörgæslu (Greenough og Kassim, 2005; Hepburn, 2004).

Oft hefur mæðrun í neyslu verið ráðið frá því að hafa börn sín á brjósti vegna þess að vímuefnin fari í brjóstamjólkina. Hepburn (2004) er ekki samála þessu og telur að ávinningurinn sé meiri en áhættan því oft sé um að ræða létt- og fyrirbura sem séu í meiri áhættu varðandi vöggudaða. Algengt sé að mæðurnar reyki og búi við erfiðar aðstæður. Börn þeirra séu því afar berskjölduð og hafi mest allra barna hag af því að vera á brjósti, auk þess sem brjóstagjöfin dragi úr fráhvarfseinkennum

um. Neyslan verði að vera í ákveðnu jafnvægi til að brjóstagjöfin heppnist og geri hún það sé það viss sönnun fyrir reglusemi móður. Því beri að stuðla að brjóstagjöf án tillits til hvaða vímuefna er neytt eða í hvaða magni og í raun megi segja að því meiri sem neyslan er því meiri verði ávinningur af brjóstagjöf.

Lokaorð

Meðgangan er tími mikilla breytinga fyrir verðandi foreldra og vitað er að á því tímabili eru konur tilbúnari en á nokkrum öðrum tíma til að bæta lífnáðarhætti sína, í þeim tilgangi að gera allt það besta fyrir barnið sem þær ganga með. Það sama gildir einnig um konur í neyslu, því er meðgangan sá tími sem mestar líkur eru á að þeim takist að gera jákvæðar breytingar á lífi sínu. Þess vegna er svo mikilvægt að tækifærið sé vel nýtt og þær fái þann stuðning og aðstoð sem þær þarfnast til að taka sig á og hætta í neyslu. Þetta er virkilega krefjandi viðfangsefni fyrir ljósmæður og ögrandi að takast á við en jafnframt mikilvægt að líta á það sem áskorun, það sama á auðvitað við

um alla aðra sem að málinu koma. Lykilatriði er að konurnar finni að þeim sé sýndur skilningur og virðing og tekið sé á málum með jákvæðu hugarfari, án fordóma. Til að svo megi verða er mikilvægt að líta á fíkn sem sjúkdóm en ekki sjálfvalinn lífsstíll.

Heimildaskrá

- Burgdorf, K., Dowell, K., Chen, X., Roberts, T. og Herrell, J.M. (2004). Birth outcomes for pregnant women in residential substance abuse treatment [Vefútgáfa]. *Evaluation and Program Planning* 27, 199-204.
- Chasnoff, I.J., McGourty, R.F., Bailey, G.W., Hutchins, E., Lightfoot, S.O., Pawson, L.L., Fahey, C., May, B., Brodie, P., McCulley, L. og Campbell, J. (2005). The 4P's Plus® Screen for Substance Use in Pregnancy: Clinical Application and Outcomes [Vefútgáfa]. *Journal of Perinatology* 25, 368-374.
- Craig, M. (2001). Substance misuse in pregnancy [Vefútgáfa]. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 11(6), 365-371.
- Gilbert, E.S. (2007). *Manual of High Risk Pregnancy and Delivery* (4. útg.). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Greenough, A. og Kassim, Z. (2005). Effects of substance abuse during pregnancy [Vefútgáfa]. *The Journal of The Royal*

Society for the Promotion of Health, 125(5), 212-214.

Hepburn, M. (2004). Substance abuse in pregnancy [Vefútgáfa]. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 14(6), 419-425.

Huestis, M.A. og Choo, R.E. (2002). Drug abuse's smallest victims: in utero drug exposure [Vefútgáfa]. *Forensic Science International*, 128(1-2), 20-30.

Kennare, R., Heard, A. og Chan, A. (2005). Substance use during pregnancy: risk factors and obstetric and perinatal outcomes in South Australia [Vefútgáfa]. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 45, 220-225.

SÁÁ (2006). *Ársrit SÁÁ 2005-2006*. Reykjavík: Höfundur.

Sherwood, R.A., Keating, J., Kavvadia, V., Greenough, A. og Peters, T.J. (1999). Substance misuse in early pregnancy and relationship to fetal outcome [Vefútgáfa]. *European Journal of Pediatrics*, 158(6), 488-492.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2005, 2. júní). *Substance Use During Pregnancy: 2002 and 2003 Update*. Sótt 12. september 2007, frá <http://www.oas.samhsa.gov/2k5/pregnancy/pregnancy.htm>

Wright, A. og Walker, J. (2007). Management of women who use drugs during pregnancy [Vefútgáfa]. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 12(2), 114-118.

KINELive

KINELive er nýtt mælikerfi sem byggir á þráðlausum vöðvagreinum sem KINE hefur þróað sl. 10 ár. Helstu kostir kerfisins eru:

- ===== Óvenju nákvæmar upplýsingar
- ===== Þú getur fylgst með framvindu mælinganna á tölvuskjá
- ===== Tvö hljóðmerki sem gefa til kynna spennu eða slökun
- ===== Möguleiki á að mæla við hvaða aðstæður sem er

KINELive hefur t.d. verið notað nýlega með góðum árangri til að kenna slökun við brjóstagjöf.

Hafðu samband eða farðu á www.kine.is og kynntu þér KINELive.

Bæjarhrauni 8 – 220 Hafnarfirði
Sími 580 8300 – Fax 580 8309
www.kine.is



kine